

Die Ohnmacht der Apostel und die Balintgruppe

Referat am Symposium für H. Egli, KSG 5.6.03

von S. Wiener-Barraud

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Ich freue mich sehr, an dieser Veranstaltung zu Ehren von Heinrich Egli teilnehmen zu dürfen, und ich möchte den Veranstaltern dafür herzlich danken; ganz besonders auch für die Einladung, zu einem Thema zu sprechen, das mich mit Heinrich Egli seit etwa 30 Jahren verbindet: die BALINT- Arbeit.

Dabei möchte ich einen Aspekt herausgreifen, der mit dem fortlaufenden Gruppenprozess in der BALINT- Gruppe zu tun hat und mit dessen Bedeutung für die Selbsterfahrung der Teilnehmer, Bereichen also, die Heinrich Egli besonders am Herzen liegen.

Der Aspekt, den ich in meinem Referat etwas näher beleuchten möchte, betrifft Ohnmacht, ein Erleben, das in Helferberufen besonders bedeutsam ist.

Zuerst werde ich die Arbeitsweise der BALINT-Gruppen darzustellen versuchen. Weniger für diejenigen unter Ihnen, welche BALINT-Arbeit noch nicht selbst erlebt haben, denn dieses Erlebnis ist nicht in einem Referat zu vermitteln, vielleicht eher für die Erfahrenen, als Gelegenheit, das Erlebte zu reflektieren.

Dann komme ich auf die von BALINT so genannte "apostolische Funktion" des Arztes und deren Bezug zum Prozess in der BALINT- Gruppe, und gehe schliesslich auf Bedingungen für den Selbsterfahrungs-Prozess in BALINT- Gruppen ein.

Arbeitsweise der BALINT-Gruppe (mit theoretischen Exkursen):

Die BALINT- Arbeit ist aus einem innovativen Forschungsprojekt hervorgegangen: Eine Gruppe von Allgemeinpraktikern in London erforschte seit 1949 mit dem Psychoanalytiker MICHAEL BALINT zusammen die Arzt-Patienten-Beziehungen in ihren Praxen. Im Protokoll dieser Forschungsgruppe, das 1957 kommentiert unter dem Titel " Der Arzt, sein Patient und die Krankheit" erschienen ist, wurde dieser Ansatz wie folgt beschrieben:

Unser Unternehmen war eine Mischung von Forschung und Ausbildung. Ich ging von der Vorstellung aus, dass sich in der allgemeinärztlichen Praxis psychologisch zwischen Arzt und Patient sehr viel mehr abspielt, als in den üblichen Lehrbüchern diskutiert wird. Wenn diese meine Vorstellung richtig war, so konnten die Vorgänge, die es zu erfassen galt, nur vom Arzt selber beobachtet werden;.....Unser Hauptziel war die möglichst gründliche

Untersuchung der ständig wechselnden Arzt-Patienten-Beziehung, d.h. das Studium der Pharmakologie der Droge "Arzt".

Die Arbeitsweise ist seither, bei allen Weiterentwicklungen, im wesentlichen dieselbe geblieben.

Ich will nun versuchen, sie hier darzustellen. Dabei orientiere ich mich an Erfahrungen, die wir in Gruppen unterschiedlicher Zusammensetzung in den letzten 20 Jahren gemacht haben.

Arbeitsweise der BALINT- Gruppe

- **Regelmässige Sitzungen in konstanter Zusammensetzung**
- **Spontane Erzählung über eine/n Patienten/in aus der Praxis**
- **„gleichschwebende“ Aufmerksamkeit für das ganze Gruppengeschehen:**
 - **Fallbericht**
 - **Reaktionen beim Zuhören („was ist aufgetaucht?“)**
 - **Gruppenprozess in der Besprechung**
 - **Leitung**
- **zu begreifen suchen als „Spiegelung“ der vorgestellten Beziehung in verschiedenen Facetten**
- **evtl. Beziehungsdiagnose als „grösster gemeinsamer Nenner“**
- **Verifizierung/Falsifizierung durch den/die Referenten/in bzw. durch den weiteren Verlauf**

Das Setting einer BALINT-Gruppe ist ganz einfach:

Eine konstante Gruppe von BerufskollegInnen trifft sich regelmässig (meist alle 2 Wochen) und bespricht ihre Fälle unter der Leitung eines psychoanalytisch ausgebildeten Psychotherapeuten(meist während 1 1/2 Std). Jeweils ein Kollege erzählt über einen Klienten, möglichst spontan, ohne Schema und ohne besondere

Vorbereitung, also entsprechend der analytischen Grundregel, dass alles in dieser Erzählung Platz hat, was und wie es einem einfällt.

Wesentlichster Bestandteil der Beziehungsdiagnostik sind nun die Reaktionen der übrigen Teilnehmer: Dabei findet alles Beachtung, was beim Zuhören auftaucht: Gedanken, Fantasien, Bilder, Gefühle, Körpersensationen... auch dies entsprechend der analytischen Regel der "gleichschwebenden Aufmerksamkeit".

Beim Zuhören geschieht nämlich bei jedem Teilnehmer, und auch beim Leiter, eine Identifikation mit Aspekten der vorgestellten Beziehung, sei es mit Aspekten des vorgestellten Patienten, sei es des vorstellenden Kollegen, und zwar unterschiedlich gemäss der Persönlichkeit des Teilnehmers, entsprechend seiner Rolle, seinem Alter, und seiner individuellen Konflikt-Disposition aus der eigenen Lebensgeschichte.

Was da beim Zuhören "auftaucht" und "anklingt" reicht von klar-bewussten rationalen Überlegungen über Affekte, Fantasien, Bilder, Körpersensationen bis hin zu quasi-"psychotischem" Erleben. WOLFGANG LOCH hat dieses Geschehen den "Prisma-Effekt" der Gruppe genannt, in Analogie zum optischen Prisma, welches das Licht in seine Spektralfarben zerlegt .

Unter günstigen Arbeitsbedingungen können diese Reaktionen auch frei geäußert werden. Werden diese Erlebnisse in der Gruppe formuliert, so können sie von andern Gruppenmitgliedern aufgenommen, verstärkt und in einer Weiterbearbeitung integriert werden. LOCH nennt dies den "Verstärker"-Effekt der Gruppe. Wesentliche Aspekte der referierten Beziehung mit ihren Konflikten können so in der Gruppe reinszeniert und dadurch erlebbar werden. Für diesen Vorgang haben KUTTER und ROTH den Begriff "Spiegelungs-Phänomen" eingeführt, der von SEARLES für das analoge Geschehen in psychoanalytischen Supervisionen geprägt wurde.

Simplifiziert kann man die Gruppe als Stimmgabeln darstellen, die in ihrer Eigenfrequenz resonanzieren, wenn sie einem Klang ausgesetzt werden (**Abb. 1**) . Je vielfältiger die Stimmgabelausswahl, desto eher gibt ihr Resonanzspektrum den Originalton wieder. Je vollständiger die Reaktionen der Gruppenmitglieder geäußert, eingeholt und integriert werden können, desto facettenreicher, vollständiger, stellt sich das Bild der Beziehung dar, desto präziser wird die Beziehungs-Diagnostik. Die Resonanz bei den Gruppenmitgliedern umfasst wie gesagt auch Affekte, identifikatorisches Körpererleben und imaginative Phänomene. Über dieses Geschehen können auch praeverbale beängstigende Inhalte, wie sie in der therapeutischen Beziehung mit psychotischen oder anderswie schwer regredierten Patienten oft erlebt werden, in der Gruppe symbolisierbar und benennbar werden.

Beispiel: Das Team einer psychiatrischen offenen Akutabteilung bringt die Geschichte eines jungen agierenden Patienten in die BALINT-Gruppe. Der erfahrene Pfleger, der ihn vorstellt, erzählt sehr engagiert aber auffallend konfus, wie er versucht, diesem schwierigen Patienten gerecht zu werden. Auch in der Gruppe entsteht Konfusion, bis das Bild auftaucht, Patient und Pfleger hätten die Schuhe vertauscht. Erst dadurch erkennt der Pfleger seine übermäßige Identifikation mit dem Patienten, und noch im Verlauf der Gruppe kann er seine therapeutische Distanz wieder finden. Plötzlich wird ihm ganz klar, anhand von welchem konkreten Vorkommnis er den Patienten mit seinem ablenkend- ausweichenden Verhalten konfrontieren will.

Weiteres Beispiel: In der Gruppe einer anderen psychiatrischen Akutstation wird eine junge Frau vorgestellt, welche sich mit maskenhaft kindlich-freundlichem Verhalten entzieht. Für niemand wird sie richtig spürbar. Einer sehr erfahrenen Teilnehmerin tauchen verschiedene Bilder wie ein Film auf: zuerst ein Teich, worauf Plastik-Spielentchen schwimmen, darauf sieht sie die Patientin starr auf einem schwarz bezogenen Untersuchungstisch liegen. Über diese Bilder entwickelt sich in der Gruppe ein Verständnis für das Verhalten dieser Patientin, nämlich als Abwehr gegen vernichtende Ängste und Ohnmachtserleben, welche in erlittenen Traumatisierungen begründet sind.

Nachdem er seine Geschichte erzählt hat, kann der Referent sich zurücklehnen, durchaus im buchstäblichen Sinn, und in Ruhe auf sich wirken lassen, was die Gruppe in der beschriebenen Weise erarbeitet. Das gibt ihm die Möglichkeit, auch innerlich Distanz zu nehmen, und schafft ihm Raum für einen Perspektivenwechsel. Unter günstigen Arbeitsbedingungen wird er dazu nicht gedrängt, sondern nimmt auf, wovon er sich angesprochen fühlt. Dadurch wird der Dialog zwischen Referenten und Gruppe um vorbewusste, nicht einer rationalen Logik folgende Aspekte erweitert. Der Referent macht die überraschende Feststellung, dass er unglaublich Vieles aus seiner Geschichte mit dem Patienten und aus dessen Lebensgeschichte erinnert, dass er den Patienten viel besser kennt und viel mehr von ihm weiss, als er je geahnt hatte.

Weil es oft gerade die unbewussten Aspekte der Beziehung sind, die so aufscheinen, können diese, wenn sie im Gruppenprozess erkannt und gedeutet werden, dem Vorstellenden bewusst werden. Im Gruppenprozess können sich Beziehungsmuster klären, Übertragungen und zugehörige Gegenübertragungsreaktionen erkennbar werden, der Sinn von Abwehrverhalten kann verständlich werden. Oft wird vordergründig störendes Verhalten als Abwehr erkannt, und dahinter eine neue Ebene offengelegt, wo neues Verständnis für den Patienten möglich wird.

Der Vortragende wird diese Erkenntnisse bestenfalls in seine nächste Begegnung mit dem vorgestellten Klienten mitnehmen, und die Beziehung wandelt sich, nicht selten

recht dramatisch. Der verblüffendste Effekt , der immer wieder von fortlaufenden Gruppen erlebt wird, und der auch schon in der Literatur als "BALINT- Phänomen" beschrieben worden ist, zeigt sich darin, dass ein Gruppenteilnehmer, der einen Fall vorgestellt hat, erlebt, wie die nächste Begegnung mit dem vorgestellten Patienten von Anfang an völlig verwandelt ist, wie wenn der betreffende Patient an der BALINT-Gruppe teilgenommen und sich gewandelt hätte. Diese Beobachtung ist wohl dadurch zu erklären, dass der Therapeut sich im Gruppenprozess gewandelt hat und dem Patienten in einer andern Einstellung begegnet, mit andern vorbewussten Konzepten, andern non- und paraverbalen Signalen, und dass er damit das Begegnungsfeld verändert, was seinem Gegenüber seinerseits eine andere Haltung ermöglicht.

Durch die kontinuierliche Teilnahme an einer BALINT- Gruppe wird in immer neuen Geschichten das Oszillieren zwischen Identifikation und Reflexion, zwischen Einfühlung und Verstehen, eingeübt und internalisiert, ähnlich wie im persönlichen Prozess jeder Psychotherapie-Ausbildung. Den TeilnehmerInnen erlaubt das mit der Zeit, an Stelle professioneller Abwehr-Reflexe eine reflektierte flexible Abgrenzung treten zu lassen. Darin liegt der hauptsächlichste Weiterbildungsaspekt der BALINT-Gruppenarbeit.

Diese Art von "Weiterbildung" ermöglicht den TeilnehmerInnen eine offenere, intensivere, therapeutisch wirksame Begegnung mit ihren PatientInnen auch in der allgemein-medizinischen Sprechstunde innerhalb der üblichen, beschränkten Zeit.

In späteren Arbeiten, die unter dem Titel "**5 Minuten pro Patient**" erschienen sind, haben die Mitglieder der ursprünglichen Forschungsgruppe von MICHAEL BALINT zusammen mit ENID BALINT beschrieben, wie therapeutische

Veränderungsprozesse in der Allgemeinpraxis verlaufen können: Wenn der Arzt seine Patienten mit ihren Geschichten gut kennt, und wenn er die Offenheit gewonnen hat, auf Signale zwischen den Zeilen zu achten und seine eigenen Reaktionen als diagnostisches Instrument zu verwenden, dann geschieht es in einem Moment der Einstimmung auf die ganz besondere Situation eines Patienten, dass anhand eines treffenden Wortes, einer stimmigen Metapher mit einem Schlag beiden gleichzeitig ein entscheidender Sinnzusammenhang aufgeht. Ein solcher stimmiger Moment, von der Gruppe "flash" genannt, hat dieselbe bleibende verändernde Wirkung wie eine gelungene Deutung im psychoanalytischen Prozess. Leider sind diese Erfahrungen aus BALINT's Forschungsgruppe als flash-Technik bezeichnet worden. Das hat zu einem grundlegenden Missverständnis geführt: es geht nämlich nicht um die Anwendung einer Technik, welche aus einem Manual zu erlernen wäre, und erlauben würde, einen flash herzustellen. Es geht vielmehr um

die im kontinuierlichen Gruppenprozess erworbene Offenheit und Fähigkeit zur Einstimmung auf das Gegenüber, zur Wahrnehmung des Beziehungsgeschehens, zu dem, was ich in Anlehnung an THEODOR REIK "Hellhörigkeit des dritten Ohrs" nennen möchte.

Damit ein "flash" passieren kann, braucht es eine meist über lange Zeit gewachsene Vertrauensbeziehung des Patienten zum Hausarzt. Diese schafft die Atmosphäre, worin sich im Dialog inszenieren kann, was dann dank der genannten Hellhörigkeit erkennbar und dank der langjährigen Kenntnis von Geschichte und Lebenssituation des Patienten benennbar wird.

Das Missverständnis, dieses subtile "hellhörige" dialogische Geschehen sei eine erlernbare Technik, entspringt genau dem Selbstverständnis der Helfer, von dem in der Folge die Rede sein wird.

“Apostolische Funktion“ und Selbsterfahrungsaspekt der BALINT- Gruppe

In Zusammenhang mit dieser Helfer-Haltung hat BALINT von der "apostolischen Funktion" des Arztes gesprochen. Er hat darunter den Hang der Mediziner verstanden, die Welt nicht nur nach den eigenen Theorien zu verstehen und nach den eigenen Werten zu beurteilen, sondern dieselbe Weltanschauung auch von ihren Patienten zu erwarten, deren abweichende Ansichten zu verurteilen, ihnen kurzschlüssige Ratschläge zu erteilen oder sie gar bekehren zu wollen. Seit den 50er Jahren hat sich da einiges gewandelt. Das damals noch ungebrochene positivistische medizinisch- naturwissenschaftliche Paradigma ist heute umstritten, autoritätsgläubige Patienten sind seltener, mündige Klienten häufiger geworden. Wenn wir aber lesen, was BALINT 1957 über die apostolische Funktion geschrieben hat, hat sich am Sendungsbewusstsein der Helfer trotz den anderen Inhalten bis heute wenig verändert:

" Wir meinen mit der apostolischen Sendung oder Funktion in erster Linie, dass jeder Arzt eine vage, aber fast unerschütterlich feste Vorstellung davon hat, wie ein Mensch sich verhalten soll, wenn er krank ist. Obwohl diese Vorstellung keineswegs klar und konkret ist, ist sie unglaublich zäh und durchdringt, wie wir festgestellt haben, praktisch jede Einzelheit der Arbeit des Arztes mit seinem Patienten. Es war fast, als ob jeder Arzt die Offenbarung darüber besäße, was das Rechte für seine Patienten sei. Was sie also hoffen sollten, dulden müssten, und als ob es seine, des Arztes, heilige Pflicht sei, die Unwissenden und Ungläubigen unter den Patienten zu diesem, seinem Glauben zu bekehren. Dies nannten wir die "apostolische Funktion".

Die postmoderne Ausweitung des Spektrums zulässiger Ansätze in der Medizinthorie feht die medizinische und paramedizinische Helferschaft auch heute nicht davor, ihre Ansichten den Patienten mit Heilsgewissheit aufzudrängen. Unter der Flagge der "Ganzheitlichkeit" sind die Patienten vielmehr dem Zugriff der sich totalitär gebärdenden apostolischen Funktion noch stärker ausgesetzt. Dazu als Beispiel ein Thema, das in BALINT-Gruppen öfter auftaucht: Seit die Arbeiten von ELISABETH KUEBLER-ROSS Allgemeingut der Ärzte- und Pflegeausbildung geworden sind, ist es für schwerkranke Menschen schwierig geworden, den eigenen Weg zu gehen. Von der Diagnosenstellung an wird ihnen subtil Sterbebegleitung aufgezwungen. Sie haben Trauerarbeit zu leisten und deren Stadien möglichst geradlinig zu durchlaufen. Die Helfer fühlen sich verpflichtet, ihnen das zu ermöglichen, fühlen sich verunsichert, inkompetent, schuldig, wenn es ihnen nicht gelingt, und wenn ihr Patient im weiteren Verlauf, wenn er theoretisch "schon weiter sein sollte", die Bedrohung verleugnen und das Leben genießen will. Manchmal gelingt es in der Gruppenarbeit dann, das (wie ich es nennen möchte) "Pflichtenheft der ganzheitlichen Behandlung" zu relativieren und den betreffenden Therapeuten damit die Freiheit zu verschaffen, sich auf die einzigartige Beziehung zu dem betreffenden Patienten und auf seine Geschichte einzulassen und ihn unaufdringlich auf seinem Weg und seinen Umwegen zu begleiten. Diese Entlastung vom Druck apostolischer Postulate ist ebenfalls eine wichtige Funktion der BALINT-Gruppe. Sie wird oft unmittelbar befreiend erlebt und wirkt so psychohygienisch.

Ich möchte hier darzustellen versuchen, wie sich das im fortlaufenden Gruppenprozess abspielt:

Wenn die Reaktionen, die Gedanken, Bilder und Gefühlsäusserungen zusammengetragen werden, und wenn diese sich zu einem Bild der vorgestellten Beziehung verdichten, lässt sich manchmal eine Art "grösster gemeinsamer Nenner" für die erlebten Reaktionen finden, welcher erlaubt, eine stimmige Hypothese aufzustellen; meist kann aber nicht alles darin integriert werden. Nicht integrierbare Aspekte werden ausdrücklich stehen gelassen. Es geht nämlich bei der Diagnose der Beziehung nicht um eine glatte Pseudoharmonisierung, sondern darum, verschiedene mögliche Aspekte aufzuzeigen. Richtschnur für die Verifizierung/Falsifizierung der Hypothesen über die Beziehung bleibt letztlich deren weitere Entwicklung anhand späterer Rückmeldungen. Vorläufige Richtschnur während der Gruppensitzung gibt das vorstellende Gruppenmitglied: Es wählt aus, was es von den Anregungen brauchen kann und weiterverfolgen will. Was ihm plausibel erscheint, entspricht aber nicht dem Evidenzerleben aller anderen

Gruppenmitglieder; denn dieses konstelliert sich ja jeweils aus der eigenen Wahrnehmung und den eigenen Assoziationen aus der eigenen Lebensgeschichte. Und das bedeutet, dass die übrigen Gruppenteilnehmer einiges an Spannungen aushalten müssen. Sie müssen ertragen, wie ihre ihnen einzig richtig erscheinende Wahrheit abgelehnt oder gar falsifiziert wird. Sie erfahren in jeder Sitzung, dass sogar unvereinbare Vorstellungen nebeneinander bestehen können, die vielleicht sogar beide richtig sind. Sie lernen, dass es gilt, alle Vorstellungen unvoreingenommen entgegenzunehmen, und Entscheide darüber dem vorstellenden Kollegen zu überlassen. Das heisst nichts anderes, als die Grundhaltung analytischer Abstinenz, oder- wie es heute treffender heisst- Neutralität einzuüben. Das wiederum kommt der Patientenbeziehung zugute, indem der Therapeut die Fähigkeit entwickelt, sich vom Patienten sozusagen "brauchen zu lassen" ohne einem Helfer-Furor zu verfallen.

Bedingungen für den Selbsterfahrungs- Prozess

Natürlich erfahren Gruppenmitglieder bei der Arbeit auch in andern Aspekten viel über die eigenen Reaktionen, das eigene Verhalten, die eigenen Konflikte. Dieser Selbsterfahrungsprozess entwickelt sich durch die fortlaufende wechselnde Teilidentifikation im Verlauf der verschiedenen Fallgeschichten. Die Selbsterfahrung wird nicht explizit in der Gruppe diskutiert. Einfälle aus der persönlichen Geschichte werden prinzipiell wie alle anderen Gruppen-Reaktionen als "Spiegelung" aufgegriffen; jeder Teilnehmer kann für sich Einsichten aus dem Gruppenprozess herausnehmen, wieviel er will, und wieviel er zur Zeit erträgt. Der Leiter achtet darauf, dass nicht unversehens das Erleben und die Geschichte eines Gruppenmitglieds zum Arbeitsfokus gerät.

Dazu ein Beispiel aus einer interdisziplinären BALINTGruppe:

Die Kollegin berichtet von einer schwierigen Patientin, welche sie als Hausärztin aufsucht, zwischen den regelmässigen Sitzung bei ihrem Psychiater. Ihre Anliegen sind nie klar, sie ergeht sich in diffusen, ressentimentgeladenen Klagen, ersucht die Kollegin um Rat, den sie aber regelmässig ausschlägt. Die geplante Konsultationszeit wird regelmässig überschritten, was die vorstellende Kollegin als Ihren Fehler ansieht und deshalb die Überzeit auch nicht verrechnet. In Ferienzeiten des behandelnden Psychiaters vertritt die Kollegin ihn jeweils bei dieser Patientin mit wöchentlichen Terminen, was zu Beanstandungen der Krankenkasse als angeblich "doppeltgeführte Psychotherapie" führt. Nach der Vorstellung gerät die Kollegin rasch unter Kritik der Gruppe, wieso sie sich denn nicht besser abgrenzen könne, dass sie doch ihren Auftrag besser klären müsse, regelmässig Kontakt mit dem Psychiater pflegen solle (was die Patientin ihr übrigens ausdrücklich nicht erlaubt). Hinweise des Leiters, dass es ja gerade der besondere Befund dieser Beziehung sei, dass das der erfahrenen Kollegin bei dieser Patientin nicht gelinge, rücken letztere wieder in den Focus der Gruppe. Es ist die

Rede davon, wie die Patientin ihren Lehrerinnenberuf durch die psychische Erkrankung verloren hat, und ihre Ressentiments werden verständlicher. Nun merkt die Referentin plötzlich, wie die Patientin sie an ihre Schwester erinnert. Sie beginnt zu erzählen, wie in ihrer Familie - einer Arztfamilie- diese Schwester durch besondere Schwierigkeiten immer im Zentrum der Aufmerksamkeit gestanden habe, wie sie bis heute besonders schonungsvoll behandelt werde, obschon sie allen anspruchsvoll und zugleich abweisend begegne. Sie spricht von ihren Schuldgefühlen, wenn sie sich über diese Schwester ärgert. Sie erzählt auch von der selbstlosen Helferhaltung ihres Vaters, für den die PatientInnen immer Vorrang vor der Familie hatten. Obschon es verlockend wäre, hier allgemein auf die Helferhaltung einzugehen und Parallelen zu andern vorgestellten Fällen derselben Kollegin zu ziehen, bleibt der Leiter beim vorgestellten Fall und nimmt einzig auf, wie die eingefallenen Lebenserinnerungen der Kollegin ihre Gefühle gegenüber dieser einen Patientin klären helfen. In der weiteren Diskussion wird der Kollegin deutlich, wie sie immer wieder Ärger über das Verhalten der Patientin unterdrückt und ihr reaktiv mit Langmut und Hilfsbereitschaft begegnet. Sie findet, es könne ihr leichter fallen, sich klar abzugrenzen, wenn sie diesen Ärger wahrnimmt.

Von dem Selbsterfahrungsprozess in der BALINT-Arbeit möchte ich einen Aspekt hier besonders ausführen:

Die Sozialisation der Helfer, und ganz besonders der Ärzte, beinhaltet, dass sie die Fachleute sind, welche Lösungen finden, be-handeln, Rezepte anbieten, auch dann, wenn sie hilflos sind, " ut aliquid fiat", wie das lateinisch so schön heisst. Wenn sie dann auch mit diesem Latein zuende sind, sehen sie sich nicht nur in ihrer Rolle in Frage gestellt (ein ohnmächtiger Arzt ist kein Arzt) , sondern oft auch persönlich zutiefst verunsichert. Weil Ohnmacht eine so tiefe narzisstische Erschütterung darstellt, wird für ihre Abwehr ein gewaltiger Aufwand betrieben, der sich nota bene auch in den Kosten des Gesundheitswesens niederschlägt. In Weiter- und Fortbildung gibt es schier unendliche Möglichkeiten, sich immer neue Techniken, Fähigkeits- und Fertigkeitensausweise anzueignen, immer dann, wenn einen im Praxisalltag die Ahnung der eigenen Ohnmacht beschleicht. Auch die Angebote, sich in Fortbildungskursen psychosoziale Kompetenzen erwerben zu können, kommen diesem von ärztlichen Omnipotenz-Fantasien getragenen Vervollkommnungsstreben entgegen und unterhalten die Abwehr von Ohnmachtserleben. Die Motivation, in eine BALINT-Gruppe einzutreten, ist oft genau diese Hoffnung, sich hier Rüstzeug für alle Fälle zu holen. Es ist oft zu beobachten, wie ein Kollege, der nach verschiedenen Kursen mit allerlei Fähigkeiten und Fertigkeiten in die Gruppe eintritt, zuerst versucht, sich hier damit zu profilieren und sich von Kollegen und Gruppenleiter ebenso Rezepte zu holen, wie er sie den andern aufdrängen möchte. Sie erinnern sich an BALINT's "apostolische Funktion des Arztes". Wenn er dann nicht auf das erwartete

Echo stösst, wird er verunsichert, und es kommt ein Enttäuschungs- und Trauerprozess in Gang. Er erfährt, dass er weder von der Gruppe noch vom Gruppenleiter beschämt oder gar verurteilt wird, wenn er sich und dem Patienten nicht mehr zu helfen weiss, dass vielmehr auch seine Kollegen und der Leiter Ohnmachtsgefühle kennen und zu ihren Grenzen stehen, und dass er auch dann, wenn er sich hilflos und unwert vorkommt, in der Gruppe Akzeptanz und Halt findet. Dadurch entsteht eine neue Selbstsicherheit, die nicht auf der (all-)mächtigen Arztrolle beruht, sondern in Momenten der Ohnmacht Bestand behält. Diese neue Haltung führt zur erleichternden Einsicht, dass die Beziehung des Arztes zu seinen Patienten nicht zerbricht, wenn er seine Grenzen akzeptiert und die Ohnmachtsgefühle zulässt, die damit verbunden sind, sondern dass dadurch oft eine unverstellte Beziehung erst ermöglicht wird.

Dazu ein aktuelles Fallbeispiel aus einer interdisziplinären Balintgruppe:

Eine homöopathisch tätige Ärztin erzählt die Geschichte einer Patientin, die sie seit Jahren begleitet. Diese vierzigjährige Bosnierin hatte vor 15 Jahren in ihrer Heimat, fünf Tage nach ihrer Hochzeit, einen schweren Autounfall erlitten. Als sie aus dem Koma erwachte, erfuhr sie, dass beim Unfall ihr Ehemann gestorben und ihre Schwester ebenfalls schwer verletzt worden war. Über die Jahre erholte sie sich langsam von ihren schweren hirnorganischen Defiziten, lernte wieder laufen, wieder sprechen, auch die komplexen Beschwerden und Schmerzen von Seiten des Schleudertraumas besserten sich langsam, ein juristischer Streit mit der Versicherung wurde zu ihren Gunsten geregelt, der Patientin eine volle Invalidenrente zugesprochen. Eine Psychiaterin erarbeitete mit ihr eine recht gute soziale Reintegration. Die Patientin lebt heute in einer Hausgemeinschaft mit der Familie ihrer Schwester und andern Familien aus Ex-Jugoslawien. Die vorstellende Kollegin hat immer wieder neue "wandernde" Probleme zu behandeln, jeweils mit gutem Erfolg. Kaum sind die praemenstruellen Beschwerden gebessert, melden sich Schlafstörungen, dann Kniebeschwerden, Hüftschmerzen mit der Sorge, es handle sich um eine beginnende Coxarthrose... die Patientin befürchte, sie habe ein "invalidisierendes Leiden", wie die Kollegin sich ausdrückt. Sie schildert ihre Patientin als grossgewachsene, attraktive, stark wirkende Frau, die sich zu wehren wisse. Sie sei leicht kränkbar, missverstehe viele gutgemeinte Äusserungen ihrer Mitmenschen als Vorwürfe. Obschon die Kollegin zu ihr einen guten Draht habe, und obschon ihre Behandlung immer wieder die Beschwerden zum Verschwinden bringe, fühle sie sich von dieser Frau immer wieder unter Druck gesetzt und letztlich ratlos. Alle von ihr aufgegleisten Therapieversuche von Physiotherapie über Osteopathie zur Kinesiologie seien nach kurzem immer wieder abgebrochen worden. Sie wünsche sich von der Gruppe neue Ideen zum Vorgehen. Von einem Kollegen in der Gruppe wird sofort eine kaum erträgliche körperliche Spannung wahrgenommen. Ein anderer fragt sich, ob die Patientin nicht doch eine sinnvolle Arbeit aufnehmen könnte. Das wiederum missversteht eine andere Kollegin als Zweifel an der Rentenberechtigung. Es entspinnt sich ein heftiger Streit darüber. Dieser Streit kann als

Spiegelung verstanden werden, indem er nämlich den Konflikt der Patientin abbildet, für welche die Invalidisierung eine unerträgliche Kränkung bedeutet. Es folgen aus der Gruppe neue Vorschläge.: Ob evtl. Familienstellen in dieser Situation hilfreich wäre? Es gehe doch für diese Frau darum, sich mit dem Schicksal zu versöhnen und das Geschehene zu akzeptieren. Andere PatientInnen fallen der Gruppe ein, die ein ähnliches Schicksal zu bewältigen hatten, und das z.T. trotz allen negativen Prognosen schafften. Eine Kollegin stellt fest, dass sie zuerst auf die Patientin wütend wurde, dann deswegen wütend über sich selbst, und sich jetzt ganz ratlos fühle. Nach einem längeren Schweigen kommt die Frage auf, wie die Leistungen der Unfallversicherung wohl abgeschlossen wurden, ob die Patientin wohl eine Abfindung erhalten habe. Jetzt kann die nie endende Serie von erfolgreich behandelten Beschwerden verstanden werden als Ausdruck davon, dass die Patientin nach jedem Behandlungs- und Rehabilitationserfolg immer wieder von neuem schmerzlich daran erinnert wird, dass es noch nicht gut ist, dass der schreckliche Unfall bleibende Folgen hat, dass es nie wieder sein wird wie vorher. Der geäußerte Anspruch, die Patientin müsse das nun akzeptieren lernen, müsse sich mit ihrem Schicksal versöhnen, wird hinterfragt. Erst jetzt wird die Ohnmacht der Patientin gegenüber dem Schicksalsschlag von der Gruppe wirklich wahrgenommen und die Ratlosigkeit der vorstellenden Kollegin in diesem Zusammenhang verstanden.

Hilflosigkeit und Ohnmacht sind häufige Themen in BALINT-Gruppen. Ich meine, dass der beschriebene Trauerprozess um aufgegebenen Omnipotenz-Fantasien der Therapeuten regelhaft zum Gruppenprozess in BALINT-Gruppen gehört, zumindest solchen von ÄrztInnen.

Dass die Probleme der Teilnehmer insbesondere auf der narzisstischen Ebene, oder - in der Terminologie der BALINT'schen Psychologie - auf der Ebene der "Grundstörung" liegen, ist in Gruppen professioneller Helfer naheliegend. Schon eher verwunderlich ist, dass gerade in diesem heiklen Bereich persönliche Veränderungen im Gruppenprozess bei Leuten aus Helferberufen überhaupt möglich sind. Ich denke, dass dafür die Tatsache entscheidend ist, dass diese Themen als Probleme der Teilnehmer nie explizit gemacht werden. Sie geschehen implizit bei der Fallarbeit. Wie das möglich ist, was man als "Trick" von BALINT bezeichnen könnte, versuche ich hier schematisch darzustellen: **(Abb. 2)**

Wenn ein Beziehungsfeld beobachtet wird, so spielt es für das Verständnis keine Rolle, auf welchen seiner konstituierenden Pole fokussiert wird, in welcher Richtung die Transaktion zwischen den Personen definiert wird, solange klar bleibt, dass es sich um ein zirkuläres Geschehen handelt, woran beide gleichwertig beteiligt sind. Wenn dieses Feld nun in der Gruppe dargestellt und besprochen wird, beziehen sich die Aussagen immer auf beide Pole, bzw auf das Geschehen dazwischen. Der

Gruppenleiter deklariert, dass es die Beziehung zwischen den beiden Personen ist, die geklärt wird. Die Klärung, welche auf den einen (Patienten-) Pol fokussiert ist, bezieht sich damit implizit auch auf den andern (den Therapeuten -Pol). Dass gerade BALINT mit seiner Gruppe diese Art der Arbeit entwickelt hat, liegt wohl daran, dass er ein besonderes Interesse an der Objektbeziehung und damit am Geschehen zwischen den Interaktionspartnern hatte, bevor noch die Systemtheorie auf die Bedeutung zirkulärer Prozesse hinwies.

Für diesen eigenen Prozess, welcher jedes Gruppenmitglied längerfristig in der BALINT-Gruppe durchmachen kann, sind verschiedene Begriffe gebraucht worden: BALINT sprach von einer "begrenzten, aber entscheidenden Veränderung der Persönlichkeit", TRENKEL von einer "Umstellung der Einstellung". Dadurch ergibt sich mit der Zeit eine neue professionelle Beziehungskompetenz, jenseits aller "Therapie-Technik". Die Teilnehmer werden selbstsicherer, gelassener, ertragen Frustration und Ohnmacht besser; sie können zulassen, dass sie in spezifischer Weise "gebraucht werden" und können dabei standhalten, ohne unreflektiert mitzuagieren. Das ermöglicht, auch in schwierigeren Patientenbeziehungen "dabeizubleiben", umso mehr, als die Gruppe einem tragen hilft. Darin liegt der Beitrag der BALINT-Arbeit zur Psychohygiene.

Nachdem wir nun verschiedene positive Aspekte dieser Arbeitsweise angesehen haben, werfen wir auch noch kurz einen Blick auf mögliche Schwierigkeiten: Wir haben vorhin besprochen, dass die Motivation, einer BALINT-Gruppe beizutreten, oft aus dem Gefühl entsteht, den Patienten nicht gerecht zu werden, aus Ohnmachts- und Insuffizienzerleben. Der Teilnehmer kommt dann in der Hoffnung, sein know how zu erweitern und zu erfahren, wie er's genau richtig machen soll. Wenn der Gruppenstil dieser Erwartung zu stark entgegenkommt, wenn der Leiter sich verleiten lässt, zu dozieren, Anweisungen und Rezepte zu geben, entwickelt sich eine Schulsituation, worin die Teilnehmer abhängig bleiben von der Meinung des Leiters. Wie ich aus einer Gruppe gehört habe, die sich auch BALINT-Gruppe nennt, kann das soweit gehen, dass eine eigentliche fortlaufende Supervision in allen schwierigen Lagen angeboten wird, notfalls mit der Möglichkeit, aus der Sprechstunde den Leiter telefonisch um Rat zu fragen. Das ist zwar auch ein valables Angebot, aber es hat mit dem Namen BALINT nichts gemein; dieser hatte sich nämlich explizit gegen die Verewigung des Lehrer-Schüler-Verhältnisses gewandt. Er nannte es "**das ambivalente und nicht ganz ehrliche Lehrer-Schüler-Verhältnis zwischen praktischem Arzt und Facharzt.**"

Die Auseinandersetzung mit der eigenen Ohnmacht wird vermieden, Allmachtsfantasien durch den Leiter-Lehrer aufrecht erhalten.

Eine andere Möglichkeit, ebendiese Insuffizienz- und Ohnmachtsgefühle in der Gruppe zu vermeiden, ist das Abweichen von der Arbeit am konkreten vorgetragenen Fall auf Allgemeines. Der Gruppen-Diskurs gerät zu einem unverbindlichen Austausch von Erfahrungen und Meinungen über eine bestimmte Gruppe schwieriger Patienten, zB " die Drögeler" und weiter zu allgemeinen Fragen der Praxisführung, der Krankenkassen etc. Ein Kränzli unter Kollegen zum Austausch der Praxiserlebnisse bei einem Glas Wein in dieser Art entspricht ebenfalls einem wichtigen Bedürfnis und hat seine psychohygienische Wirkung; es ist aber keine BALINT-Gruppe.

Zusammenfassung: das Spezifische der BALINT-Arbeit

Die Methode der BALINT-Gruppe entstand als Forschungsprojekt zwischen Allgemeinpraktikern und Psychoanalytikern. Die Arbeit war getragen von tiefem gegenseitigem Respekt, BALINT wollte von und mit den Allgemeinpraktikern ebensoviel lernen wie diese von ihm. Auch wenn die Methode in anderem Kontext angewandt wird, ist dieser gegenseitige Respekt Grundlage der Arbeit. Das drückt sich auch darin aus, dass keine Theorie gelehrt und kein Fachjargon angewandt wird, sondern dass in der Sprache gearbeitet wird, die sich zwischen Patient und Therapeut ergibt. In dieser Sprache wird die Geschichte dieser einen einmaligen Beziehung erzählt. Die Reaktionen der Gruppe auf allen Ebenen werden ernst genommen als Elemente, welche die vernommene Geschichte in einem speziellen, zum jeweiligen Zuhörer passenden Licht beleuchten. Im Gruppen-Diskurs entsteht daraus ein dichtes, vielleicht stimmiges, vielleicht auch widersprüchliches Bild der referierten Beziehung. Der Referent allein entscheidet, was er vom Verständnis des entstandenen Bildes mitnimmt in seine Praxis, wo sich diese veränderte Einstellung zum Patienten mutativ auf die Beziehung auswirkt, wo bestenfalls zwischen Therapeut und Patient eine neue Einsicht, ein flash möglich wird. Spezifisch an der BALINT-Methode ist, dass sich alles auf dieser Beziehungsebene abspielt, dass keine Technik gelehrt und angewendet wird. Der Fokus liegt immer auf der Beziehung, auf dem Feld zwischen Therapeut und Klient. Im Gruppenprozess während der jahrelangen regelmässigen Teilnahme entwickeln sich auch die Lebensthemen der Teilnehmer anhand der referierten Fälle, dabei im Zentrum steht die Auseinandersetzung mit der Allmachts-/Ohnmachts-Thematik, die zum Helferberuf gehört. Diese Selbsterfahrung ist eine implizite. Ohne je explizit thematisiert zu sein und ohne Rückgriffe auf Lebensgeschichten und aktuelle Probleme der Teilnehmer geschieht ein beschränkter Wandel der Persönlichkeit, welcher eine "Umstellung der Einstellung" zu den Patienten ermöglicht und eine

Stärkung des Vertrauens in die ganz persönliche berufliche und menschliche Kompetenz.

Damit dieser Prozess in der BALINTgruppe ablaufen kann, muss auch ihr Leiter sich laufend mit seinen eigenen Grenzen, den eigenen Allmachts-/Ohnmachts-Themen auseinandersetzen. Er muss sorgfältig darauf achten, dass der Fokus auf der Beziehung zwischen den Akteuren der referierten Geschichte bleibt, und dass die Beiträge der Gruppenmitglieder darauf bezogen bleiben, indem sie als Reaktionen / Spiegelungen dieser Beziehungsgeschichte aufgefasst werden.

Literatur-Verzeichnis:

- BALINT, M: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit; Klett Cotta Stuttgart
9. Aufl.1996
- Therapeutische Aspekte der Regression (Die Theorie der
Grundstörung); E. Klett Verlag Stuttgart 1970
- Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse;
Psychologisches Verständnis und medizinische Praxis, Band 5
H. Huber und E. Klett, Bern und Stuttgart 1966
- BALINT,E. & BALINT,E: Psychotherapeutische Techniken in der Medizin;
Psychologisches Verständnis und medizinische Praxis, Band 1
H. Huber und E. Klett, Bern und Stuttgart 1966
- BALINT, E.& NORELL, J.S.(Hrsg.): Fünf Minuten pro Patient. Suhrkamp TB 446,
Frankfurt a.M. 1977
- KNOEPFEL, H.-K.: Einführung in die Balint-Gruppenarbeit; Patientenbezogene
Medizin, Heft 3; G.Fischer Verlag Stuttgart, NY 1980
- ROTH,K: Hilfe für Helfer: Balint-Gruppen; Serie Piper, Bd 389
Piper München, Zürich 3. Aufl. 1988
- Das Spiegelungsphänomen; Psychosomat. Med. 13, 79-85 (1985)